



## **ŽÁDOST O POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K TĚLESNÉ VÝCHOVĚ A SPORTU**

### **PRO STUDIUM NA PEDAGOGICKÉ FAKULTĚ JIHOČESKÉ UNIVERZITY**

související s právními předpisy: Zákon 373/2011 Sb., Vyhláška 391/2013 Sb. vydané MZ ČR

Posudek může vydat pouze **tělovýchovný lékař**.

**Jméno uchazeče:**

**Datum narození:**

**Studijní číslo:**

**Studijní program:**

**Na základě zátěžového vyšetření potvrzují, že výše jmenovaná/ý je:**

- zdravotně způsobilá/ý
- zdravotně nezpůsobilá/ý
- zdravotně způsobilá/ý s podmínkou.....

absolvovat praktickou výuku na KTVS PF JU. Vyšetření se provádí z důvodu snížení rizika poškození zdraví při vytrvalostních, silových, rychlostních a obratnostních výkonech v rámci pohybových – sportovních aktivit.

**Podpis a razítko tělovýchovného lékaře:**

**Datum vyšetření\*\*:**

*Pozn.: Potvrzení od lékaře jiné odbornosti než výše uvedené, je neplatné!*

Neuznává se praktický lékař, internista, kardiolog či jiný lékař specialista.

**Z razítka lékaře musí být patrné, že jde o tělovýchovného lékaře.**

\* nehodící se škrtněte

\*\* Potvrzení musí být platné po celou dobu studia (platnost je obvykle 12 měsíců od data vydání).

**Prohlášení uchazeče:**

Zavazuji se udržovat po celou dobu studia na KTVS PF JU platnost lékařského vyšetření a tuto platnost obnovovat pravidelně v intervalu 12 měsíců.

Na požádání pracovníka PF JU jsem povinná/povinen toto potvrzení dokladovat.

Datum a podpis uchazeče: